

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

810

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean, Xavier, Michel ITHURRIAGUE

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 21 Mars 1934, à MORLAIX (Finistère)

présentée et soutenue publiquement le

LA GOUTTE,
FORMES ATYPIQUES, FORMES CAMOUFLÉES

Président : Monsieur de GENNES (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne

PARIS - VI^e

1961



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1961

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean, Xavier, Michel ITHURRIAGUE

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 21 mars 1934 à Morlaix (Finistère)

--

Présentée et soutenue publiquement

le

--

LA GOUTTE,

FORMES ATYPIQUES, FORMES CAMOUFLEES

--

Président : Monsieur de GENNES (Professeur)

--

D.P. TAIB

8, rue Casimir-Delavigne

PARIS

1961.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCC (P), BILLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MCCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHET (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie (Ch. à titre personnel)	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bacteriologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique	REDON (H)
Clinique cardiologique	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirur- (Hôtel-Dieu	
gicales (Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire	de GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale	LAMY (M)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)

Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
(Broussais	GENNES (L. de)
(Cochin	JUSTIN-BESANCON (L)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Lariboisière	SOULIE (P)
(Pitié	DREYFUS (G)
(St-Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie therap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique medico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
(Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal	N...
obstétricales (Tarnier	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique therap.chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique therap.médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (ch. à t.pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)

	MM.
Hygiène des collectivités.....	DEPARIS
(ch. à t. pers.)	
Hygiène et clinique de la première	
enfance (Trousseau).....	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et	
comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ
Pathologie et thép. générales	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J)
Physiologie.....	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.).....	PARROT
Physique médicale.....	DOGNON (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	LEGER
Thérapeutique	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
Anatomie	(CABROL (C)
	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
	(Melle P) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	(BUSSE (F)
	(GUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie	(VOURC'H (G)
	(NEVOT (A) pr. s. ch.
Bactériologie	(BARBIER (P)
	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P) pr. s. ch.
Biochimie médicale	(POLONOVSKI (J) m. conf.
	(SCHAPIRA (G) pr.t.p.
	(DENOIX (P)
Carcinologie	(MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDoux-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMAN-DUPLESSIS (H)

Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G) (DAUSSET (J) (COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie	(MAROIS (M) (RACADOT (J)
Hydrologie	CORNET (A) (BOYER (J) pr.s.ch.
Hygiène	(CORRE-HURST (Mme L) (BASTIN (R)
Maladies infectieuses	(DUPONT (V) (DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale	(HADENGUE (A) (FOURNIER (E) (GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neurologie	LHERMITTE (F) (GRANJON (A) (HERVET (E) (LE LORIER (G)
Obstétrique	MORIN (P) (MUSSET (R) (ROBEY (M) (THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P) (SARAUX (H)
Orthopédie	(JUDET (R) (RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	(BRUMPT (L.C) pr.s.ch. (CHABAUD (A) (BARCAT (J) (BINET (J.P.) (CAUCHOIX (J) (CHATELIN (C.L) (DUBOST (Ch) (DUBOST (Cl) (FAUREL (J) (FLABEAU (F) (GERMAIN (A) (LOYGUE (J) (MERCADIER (PERROTIN (J) (ROBERT (R) (THOMERET (G)
Pathologie chirurgicale	
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)

	MM.
Pathologie expérimentale.....	(CROSNIEE (J)
	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
Pathologie expérimentale.....	(PLAS (F)
	(RICHT (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y).
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CASTAIGNE (P) m.conf.
Pathologie médicale.....	(CATINAT (J)
	(CONTAMIN (F)
	(COURY (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT (H) m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
	(MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture.....	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Melle J) pr.s.ch.
Pharmacologie.....	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
Physiologie.....	(DEJOURS (P)
Physique médicale.....	(GOUGEROT (L) m.conf.
Pneumo-ptisiologie.....	(KREIS (B)
Psychiatrie.....	(FICHOT (P)
Psychiatrie infantile.....	(DUCHE (D)
Rhumatologie.....	(DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie.....	(CHAPUT (Mme A) m.c.agr.
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique.....	(LAMOTTE (M)
Urologie.....	(QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	(ABOULKER (P)	Clinique	(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)	obstétricale	(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)		(RAVINA (J)
Clinique	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESVIGNES (P)
chirurg.	(PADOVANI (P)	ophtalmol.	(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Clinique oto-}	(MADURO (R)
	(ROUX (M)	rhino-laryng.}	
	(VERNE (J.M)	Clinique pé- }	
	(HAGUENEAU (J)	diatrique et }	(LAPLANE (R)
	pr.s.ch.	puériculture }	
Clinique	(DOMART (A)	Clinique }	
médicale	(PERRAULT (M)	psychiatrique}	(BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique }	
	(THIEFFRY (S)	urologique }	(KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr. à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J)
 Secrétares Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL(G)
 Melle HURE (A)

Conservateur, chargé de la direction
 de la bibliothèque M. le Dr. HAHN (A)
 Conservateurs Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
 Bibliothécaires Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H),
 LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
 a arrêté que les opinions émises dans les dissertations
 qui lui seront présentées, doivent être considérées
 comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur
 donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père,

Trop tôt ravi à mon affection.

A ma Mère,

En témoignage de ma reconnais-
sance pour les sacrifices
qu'elle s'est imposé pour
moi

A ma Belle-Mère,

Avec mes plus affectueux
sentiments.

A ma Femme et à mon Fils, Jean-Marc,

Avec toute ma tendresse.

A mes Soeurs et à mes Frères,

A ma Famille,

A tous mes Amis.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur L. de GENNES

Professeur de Clinique médicale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Broussais,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A mon Beau-Frère,
le Docteur BLANCHER,
et à Monsieur le Docteur A. SOUBIRAN,

Dont les conseils m'ont été
d'un précieux concours.

A mes Maîtres d'Externat,

Monsieur le Professeur MERLE d'AUBIGNE,

Monsieur le Professeur FEY,

Monsieur le Professeur Agrégé MORIN,

Monsieur le Docteur ANTONELLI,

Monsieur le Docteur SALET,

Monsieur le Docteur MIALARET,

En remerciement de leur
enseignement.

A tous nos Maîtres

de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris,

Hommage respectueux.

A Messieurs les Membres de mon
Jury de Thèse.

LA GOUTTE
FORMES ATYPIQUES, FORMES CAMOUFLEES

- : -

- I -

INTRODUCTION

-:-

La goutte est certainement une des maladies les plus anciennement connues, une des affections les plus observées, les plus étudiées aussi. A l'accumulation des notations cliniques et anatomopathologiques, sont venues s'ajouter, ces dernières années, des données fournies par les dosages biochimiques, donnant ainsi à la maladie une explication physiopathologique, un substratum métabolique qui fait de la goutte une maladie autonome parmi les atteintes dites rhumatismales des articulations.

A vrai dire, le terme de rhumatisme est actuellement mis en cause, car il ne désigne plus un état anatomoclinique précis, ou, plutôt, il en désigne un trop grand nombre. Dans un récent rapport du "Council on Foods and Nutrition", en 1958, une classification des "maladies rhumatismales" a été proposée :

A - Arthrite :

1. arthrite par agents infectieux spécifiques
2. arthrite par traumatisme direct
3. rhumatisme articulaire aigu, maladie de Bouillaud
4. arthrite rhumatismale
5. ostéoarthrite
6. GOUTTE

7. arthropathies moins fréquentes, par neuropathies et par tumeurs

B - Rhumatisme non articulaire

1. bursites
2. ténosynovites et tendinites
3. contractures de Dupuytren
4. myosites, myalgies
5. fibrosites
6. altérations du tissu graisseux
7. dystrophies sympathiques réflexes
8. rhumatisme psychogène

- C - Affections dans lesquelles coexistent des arthrites, arthropathies, arthralgies, par exemple : hémophilie, poly-artérite, lupus érythémateux généralisé, etc...

Parmi toutes ces manifestations articulaires, la goutte est la seule forme fréquente dans laquelle on a pu constater un trouble du métabolisme. La conception classique qui voulait que la goutte provienne d'excès de nourriture et de boisson est aujourd'hui périmée. Ce qui caractérise la goutte, c'est une anomalie biochimique caractéristique qui obéit à des lois héréditaires, génétiques et est dominée par l'hyperuricémie. Au moment des crises aiguës de goutte, l'uricémie n'est pas particulièrement augmentée ; pourtant, il n'est pas douteux que l'importance et la durée de l'hyperuricémie soient des facteurs importants dans la détermination du dépôt des urates dans les cartilages, les parties molles et les reins. Ce sont ces dépôts d'urates qui sont responsables, ultérieurement, des manifestations et des complications de la goutte. Des recherches effectuées à l'aide des isotopes marqués ont montré qu'au moins chez une partie des sujets atteints de goutte primitive,

l'hyperuricémie peut être attribuée à une surproduction de l'acide urique endogène.

Quant au rôle de l'alimentation, il doit être considéré sous deux aspects :

- le régime est efficace en réduisant la fréquence et la gravité des crises aiguës,
- il agit en entraînant un bilan négatif des urates, avec pour conséquence une réduction du taux des urates dans le sang, d'où amélioration, ou prévention, des complications goutteuses ultérieures.

Sur le plan physiopathologique, la goutte est actuellement définie comme une déviation du métabolisme des purines. La diminution de l'uricolyse, la baisse de l'uricurie, ne jouent qu'un rôle minime dans la production de l'uricémie. L'augmentation de la synthèse de l'acide urique est beaucoup plus importante. Parfois, la production excessive d'acide urique est liée à une formation et à une dégradation excessives des nucléoprotéines. Il existe cependant des cas dans lesquels aucune surproduction des purines n'a pu être mise en évidence, ce qui nous prive d'un moyen biologique de diagnostic étiologique des manifestations cliniques observées.

On peut donc déjà prévoir qu'un trouble métabolique aussi profond, aussi généralisé dans ses retentissements, va pouvoir s'exprimer, sur le plan anatomo-clinique, par des manifestations fort diverses, isolées ou associées aux phénomènes spécifiquement goutteux, articulaires, avec leur localisation et leur évolution bien connues. Mais que celles-ci manquent, ou prennent une allure pseudo-rhumatismale, arthrosique, et l'erreur de diagnostic risque de se produire.

Les formes atypiques, les formes trompeuses de la goutte, répondent donc à deux groupes de faits :

ou bien les phénomènes articulaires existent, mais sans revêtir les localisations et l'allure évolutive propres à la goutte ;

ou bien à ces phénomènes se surajoutent, s'associent d'autres manifestations pathologiques qui "camouflent" le syndrome goutteux et le font méconnaître.

Dans les deux cas, il y a erreur de diagnostic, c'est-à-dire absence du traitement spécifique, et mise en oeuvre d'un traitement non approprié, voire contre-indiqué (nous pensons en particulier à ces immobilisations plâtrées intempestives, et même néfastes, sur lesquelles nous aurons à revenir).

o

Revenons à la goutte "classique", dite régulière, telle qu'elle a été décrite par les auteurs du XIXe siècle. Elle débute par des accès articulaires du gros orteil, au niveau de la jointure métatarso-phalangienne, et elle peut s'y localiser pendant toute son évolution. Mais après une période plus ou moins longue, elle peut atteindre d'autres articulations : la médiotarsienne, la cheville, le genou, atteints au cours d'accès successifs. Actuellement de tels aspects évolutifs apparaissent encore comme habituels.

La maladie goutteuse, métabolique, familiale, après un stade initial monoarticulaire par accès récidivants va connaître, à une phase avancée, un état d'arthrite chronique déformante, avec divers symptômes généraux, 95 p.cent des malades appartenant au

sexe masculin. On conçoit alors que les 5 p.cent de cas féminins suscitent le plus souvent des erreurs de diagnostic.

Même dans les formes classiques, on note de grandes variations d'expression clinique d'un malade à l'autre ; on peut voir, toute la vie durant, la maladie demeurer à son stade initial, hyperuricémie modérée, épisodes aigus d'arthrite peu fréquents, régressant spontanément en quatre à dix jours, mais dont la disparition est accélérée, en 24-36 heures, par le traitement par la colchicine, ne laissant aucun effet résiduel, aucune goutte intercritique. A l'autre extrême, la maladie évolue pleinement, avec :

1. crises articulaires goutteuses aiguës de plus en plus fréquentes ;
2. taux élevé des urates sériques ;
3. apparition de dépôts tophiques d'urate de sodium dans les tissus périarticulaires et sous-cutanés, cartilage, tendon, os, rein, voies urinaires ;
4. éventuellement, la progression de la maladie, avec augmentation de volume des dépôts et évolution vers une arthrite chronique déformante : goutte chronique tophacée, distincte du point de vue pathogénie et traitement, de l'arthrite goutteuse aiguë.

Une lithiase urique rénale est présente chez 10 à 20 p.cent des goutteux, et après quelques années d'évolution de la goutte, il y a des troubles fonctionnels rénaux et tendance à la sclérose vasculaire dans d'assez nombreux cas.

Une arthrite goutteuse aiguë typique peut parfois s'associer à des dyscrasies sanguines, polycythémie, leucémie chronique, méta-

plasie myéloïde, myélome multiple, et occuper le devant de la scène. On désigne ces formes comme secondaires, et bien que cliniquement analogues aux formes primaires, elles n'ont pas de caractère familial.

Quant au syndrome biochimique de la goutte classique, il est dominé par l'élévation du taux sérique des urates au-dessus de 6 mg pour 100 cc chez environ 95 p.cent des cas, ce qui représente un précieux élément de diagnostic. En même temps, la détermination de l'urée sanguine et de la formule sanguine permettra de distinguer entre hyperuricémie goutteuse et troubles fonctionnels du rein, hémopathies.

Il existe donc une série d'éléments de diagnostic qui devraient pouvoir éviter les erreurs dans les formes atypiques ou camouflées. Pourtant, ces erreurs ne sont pas exceptionnelles, et c'est pour en atténuer la fréquence et les conséquences que nous avons entrepris le présent travail.

Celui-ci adoptera le plan suivant :

- tout d'abord, nous énumérerons les éléments du diagnostic positif de goutte ; ces éléments sont cliniques, biologiques et thérapeutiques ;
- ensuite, nous décrirons la goutte à symptomatologie rhumatismale telle qu'elle peut se présenter et qui est l'occasion d'absence ou d'erreur de diagnostic ;
- ensuite, nous ferons une synthèse de ces formes atypiques, atypiques par leur localisation articulaire, atypiques par leur évolution subaiguë, atypiques parfois aussi par les circonstances étiologiques de leur début, en particulier post-traumatiques.

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous voudrions citer quelques noms et quelques dates qui caractérisent les travaux de ces dernières années, consacrés aux formes goutteuses atypiques :

1952 : divers auteurs, M.P. WEIL, J. SERANE, RUBENS-DUVAL, RAVAUULT, ont montré que la goutte pouvait évoluer sous la forme d'une polyarthrite chronique évolutive ;

l'année suivante, TALBOTT a confronté goutte et arthrite goutteuse, et SERANE a décrit la goutte à symptomatologie rhumatismale, tandis que GUTMAN distinguait entre goutte primitive et goutte secondaire ;

1956 : LAYANI, SERANE et FRANCON insistent sur les manifestations abarticulaires de la goutte, tandis que KUZELL et SCHAFFARZICK montrent la relative fréquence de la simultanéité de la goutte et d'autres maladies chez 520 goutteux :

obésité dans 50 p.cent des cas, hypertension dans 25 p.cent des cas, hypothyroïdie, troubles oculaires ; l'arthrose a été observée chez 18 p.cent des hommes et chez 34 p.cent des femmes atteints de goutte. La cause la plus fréquente de la mort des goutteux est l'infarctus du myocarde.

1957 : MERIEL et ses collaborateurs décrivent des cas de goutte atypique, par localisation articulaire inhabituelle, par groupementssymptomatiques anormaux, le traitement ayant été rectifié surtout en présence d'une première uricémie normale, par la multiplication des examens, par l'établissement d'une courbe d'uricurie sous traitement par le pyrocatechol. Le dosage du "pool-miscible" de l'acide urique semble à ces auteurs, pour l'avenir, le meilleur test de diagnostic biologique de la goutte.

E. COODLEY en 1958 décrit les manifestations atypiques, ISEMEIN fait un parallèle entre goutte et polyarthrite chronique évolutive, la première pouvant évoluer sous le tableau de la seconde. MUGLER montre en 1960 jusqu'où peuvent conduire les erreurs de diagnostic : "les plâtres abusifs" dans les formes trompeuses de la goutte ; DEBRAY en 1960 insiste sur l'importance de l'épreuve thérapeutique dans le diagnostic des formes camouflées.

Nous nous trouvons donc devant une question à l'ordre du jour qui a grandement éveillé l'attention.

- II -

ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

--:-

Pour la plupart des cas de goutte, le pronostic est excellent si l'on applique le traitement approprié, par les agents urico-suriques qui assurent des résultats satisfaisants. D'où l'importance d'un diagnostic exact, d'un diagnostic précoce aussi ; d'où la gravité des formes atypiques et camouflées responsables d'erreurs et de retards de diagnostic et donc de traitement.

Sur le plan clinique, il faut penser à la goutte chez un malade de sexe masculin, âgé de plus de 30 ans, et présentant une première crise articulaire. Le début est brusque, aigu, les poussées sont récidivantes. Un facteur familial est généralement présent. La lésion typique est le tophus un dépôt nodulaire composé de cristaux d'acides d'urate de sodium, avec réaction inflammatoire de corps étranger. Dans les articulations, les urates se déposent à la surface du cartilage articulaire, dans les tissus capsulaires, synoviaux, périarticulaires, y compris la moelle sous-chondrale, le périoste, les tendons. Les dépôts médullaires communiquent avec l'espace articulaire et forment des lésions visibles sur les clichés. Si au début de l'évolution goutteuse, les images articulaires demeurent normales, par la suite, les tophi apparaissent comme des tuméfactions des parties molles autour des

articulations atteintes, et comme des zones claires développées à partir de l'os épiphysaire, en particulier au niveau des doigts et des orteils. Dans les cas extrêmes, on peut même apercevoir des aspects d'érosion et de destruction osseuses.

Sur le plan biologique, l'élévation du taux des urates sériques peut confirmer le diagnostic, mais son absence ne doit pas faire exclure la goutte.

Une épreuve thérapeutique par la colchicine est habituellement décisive.

L'arthrite goutteuse aiguë risque souvent d'être confondue, nous allons le voir, avec une arthrite aiguë pyogène, une cellulite, un rhumatisme articulaire aigu, une tendinite calcifiante, parfois aussi une arthrite rhumatismale. Le diagnostic positif pourra être fondé sur la présence de cristaux d'urate dans la lésion articulaire, ou dans ce que l'on pense être un tophus, au niveau des orteils, des pieds, des mains, de l'olécrane, de la bourse prépatellaire. Dans les cas difficiles, on peut avoir recours à une biopsie du tissu synovial et à son examen histologique, recherchant la présence de cristaux d'urate. L'épreuve thérapeutique se superpose avec le traitement de la crise goutteuse : 0,5 mg à 0,6 mg en comprimé, toutes les heures, jusqu'à disparition des symptômes articulaires. Mais le traitement risque de déclencher des manifestations toxiques, à partir de la dose totale de 6 à 10 mg. La réponse thérapeutique est le plus souvent acquise à des doses inférieures aux doses toxiques.

L'injection intra-veineuse de 2 mg de colchicine, puis 1-2 mg en six heures en cas de non réponse, est également une formule

habituellement efficace.

L'ACTH, en injection intra-articulaire unique de 100 unités en forme retard, supprime douleur et tumefaction en quelques heures ; dans quelques cas rares une seconde injection est nécessaire, suivie de colchicine, 1,2 à 1,8 mg par jour pendant une à deux semaines, pour éviter la rechute.

La phénylbutazone soulage les symptômes goutteux aigus en 24 heures, mais plutôt qu'une épreuve thérapeutique, c'est un moyen de compléter l'action de la colchicine ou de l'ACTH. La douleur est supprimée en 24 heures après l'injection intra-articulaire de 25 à 50 mg d'hydrocortisone, mais l'hormone agit de façon non spécifique sur l'inflammation, et ne fournit donc pas d'indication diagnostique comme le fait seule, en définitive, la colchicine.

DEBRAY et LEGENDRE pensent que l'épreuve thérapeutique peut être nécessaire dans le diagnostic des gouttes camouflées, de plus en plus fréquentes ces dernières années, avec des localisations autres que les formes classiques. "Le goutteux est plus qu'un autre apte à faire la synthèse de l'acide urique, et moins qu'un autre apte à le détruire". D'où un excès d'acide urique entraîné dans une manière de circuit fermé, et se déposant dans les tissus. Ce circuit ne s'ouvre que par un traitement urico-éliminateur. La médication de choix est alors le probénécide, employé sous le couvert de la colchicine, et qui a la propriété d'inhiber électivement la réabsorption tubulaire du seul acide urique, de faciliter son élimination. En outre, le produit est dépourvu de toxicité et peut être employé indéfiniment.

GORDONOFF pense que les directives thérapeutiques dans la goutte doivent distinguer : la goutte aiguë, qui commande l'emploi de la colchicine ; son action étant remarquable, le cincophène et les salicylates, la goutte chronique, qui relève des salicylates, qui augmentent l'élimination de l'acide urique ; la butazolidine, antiphlogistique et analgésique puissante, et l'anturan, agent uricolytique excellent.

VILLA et RATTI enfin pensent que le défaut métabolique de la goutte peut être influencé par des voies autres que l'élimination rénale des urates, soit au niveau de la biosynthèse excessive de l'acide urique, soit au niveau de l'uricolyse insuffisante ; Dans le premier cas et en se limitant aux cas de goutte avec hyperuricurie on pourrait intervenir à trois niveaux de la synthèse purinique :

au moyen d'antagonistes de l'acide folique, avant le carrefour de l'acide inosinique ;

au moyen d'antimétabolites avant l'incorporation des purines polynucléotidiques ;

enfin avec les médicaments cytotoxiques ou radiomimétiques par une accentuation de la phase catabolique ;

dans le second cas, il existe une possibilité d'uricolyse par des extraits leucocytaires et par des globules rouges : effet constaté in vitro. Malheureusement, jusqu'ici, l'intervention directe sur l'uricolyse in vivo demeure encore irréalisable.

Pour nous résumer, sur le plan pratique de la thérapeutique, il faut distinguer : la goutte aiguë, colchicine, cincophène, salicylates ; la goutte chronique, salicylates, butazolidine, anturan.

- III -

GOUTTE A SYMPTOMATOLOGIE
RHUMATISMALE

-:-

Cet aspect anatomoclinique de la goutte a été observé par les auteurs récents. C'est ainsi que tout dernièrement, ISEMEIN et ses collaborateurs ont indiqué qu'en dehors de la goutte tophacée chronique, il existe une goutte polyarticulaire chronique non tophacée, se présentant sous l'aspect d'une polyarthrite chronique habituelle.

Ces auteurs ont réuni 12 observations, concernant sept hommes et cinq femmes, comportant un tableau caractérisé par :

- l'absence d'ankylose vraie,
- l'importance des poussées fluxionnaires à début et à fin brusques ;
- le bon état général ;
- l'apparition de crises goutteuses typiques en cours d'évolution.

Du point de vue radiologique, les érosions corticales étaient fréquentes : 9 fois sur 12.

Du point de vue biologique, l'uricémie a généralement dépassé 65 mg, atteignant même 70, voire 100 mg. Dans deux cas la réaction de WAALER ROSE était fortement positive et dans un cas elle a été négative.

Un malade présentait en outre une néphrite qui a régressé parallèlement aux signes articulaires. Quant au traitement, si la colchicine doit être réservée aux poussées aiguës intercurrentes, il est celui de la polyarthrite chronique évolutive, alors que le bénomide ne donne pas de résultats appréciables dans ces formes, la phénylbutazone est nettement plus efficace que la corticothérapie.

ISEMEIN conclut qu'il est logique d'isoler une forme de goutte polyarticulaire chronique non tophacée, qui ressemble "étrangement" à la polyarthrite classique.

Ces formes poly-articulaires ont été récemment étudiées par A. MUGLER, qui les considère comme bien connues, encore que la notion en soit souvent méconnue des médecins. Cet auteur en rapporte un cas typique :

Un homme de 47 ans souffre de douleurs dorsales, surtout lombo-sacrées, depuis l'âge de 17 ans. On a porté le diagnostic de hernie discale L4 L5 il y a 12 ans : une intervention, des manipulations par un ostéopathe, ne s'opposent pas à l'évolution des douleurs, tout au plus momentanément soulagées. Une poussée douloureuse au métatarse du pied gauche, gonflé, fait suite à une angine. La situation s'éternisant, on fait une radio qui révèle une décalcification nette du squelette du pied. On porte le diagnostic de tuberculose, on immobilise dans le plâtre pendant deux fois deux mois. Puis surviennent deux épisodes de coliques néphrétiques droites, à un an d'intervalle.

Lorsqu'il est vu par MUGLER, 12 ans après le début de cette évolution, on trouve, outre des antécédents maternels de rhumatismes déformants, une sensibilité du tarse et

du métatarse gauches, et des deux articulations sacro-iliaques. A gauche en particulier la sensibilité est la même qu'au bas du dos avec irradiation sciatique. Le taux d'acide urique dans le sang est de 90 mg. Un calcul récemment expulsé était composé d'acide urique pur. A la suite d'une cure hydro-minérale à Vittel, l'amélioration est si nette que le malade, ancien sportif ayant renoncé à toute activité, peut de nouveau jouer au tennis. Malheureusement un accident de voiture déclenche une arthrite scapulo-humérale aiguë traitée par manipulation et cure thermale : c'est une goutte post-traumatique.

Ainsi, chez un hyperuricémique, une crise de goutte douloureuse métatarso-phalangienne évoluant de façon subaiguë avec poussées thermiques a été diagnostiquée tuberculose, et plâtrée pendant quatre mois. C'est un traitement anti-urique et thermal qui permet au malade de reprendre une activité professionnelle et sportive.

COODLEY présente de son côté des observations de goutte à manifestations atypiques : une femme de 37 ans présente une tuméfaction douloureuse des deux mains, persistant quelques jours, et récidivant à intervalles de quelques semaines : cela depuis cinq ans. Trois ans auparavant, il y a également eu une poussée intéressant le pied gauche, mais jamais le gros orteil n'a été atteint. Le seul signe biologique trouvé aux examens de laboratoire a été une uricémie de 6,6 mg pour 100 cc. Sur les clichés, on trouve des raréfactions pseudokystiques multiples des articulations métacarpophalangiennes et métatarsophalangiennes. A la poussée suivante, on entreprend un traitement par la colchicine per os, qui fait rapidement disparaître les symptômes.

La seconde malade est une femme de 64 ans, présentant des tuméfactions nodulaires légèrement douloureuses des deux mains, avec limitation de la mobilité. On trouve au niveau des deux coudes des nodules sous-cutanés sous-oléocraniens. Egalement un petit nodule indolore au niveau du lobe de l'oreille droite. L'uricémie est de 7,7 mg pour 100 cc.

Troisième cas, est une petite fille de 11 ans atteinte depuis plusieurs jours d'une tuméfaction de l'articulation métatarsophalangienne I gauche, avec régression spontanée, et récidive quelques mois plus tard. Un oncle et une tante de la petite malade sont goutteux. L'uricémie est à 7,7 mg pour 100 cc.

Une femme de 52 ans présente une tuméfaction douloureuse aiguë du poignet droit, persistant quatre jours, avec chaleur et douleurs locales, et limitation de la mobilisation par la douleur qu'elle réveille. Un épisode analogue est apparu quelques mois plus tard. Ici encore hyperuricémie, comme chez un malade de 32 ans avec tuméfaction périodique malléolaire et une fois intéressant le gros orteil. Dans ce dernier cas la distinction entre goutte et arthrite rhumatismale a été difficile. C'est finalement l'élévation de l'uricémie, la réponse thérapeutique au traitement antigoutteux, les résultats négatifs de l'épreuve d'hémo-agglutination, qui ont permis le diagnostic de haute probabilité d'arthrite goutteuse.

En somme, on se trouve actuellement devant deux tendances :

l'une classique, avec la distinction formelle entre goutte et rhumatisme (GARROD et CHARCOT) ;

l'autre plus récente, notion de rhumatisme goutteux, mais d'interprétation variable.

Pour M.P. WEIL, il ne s'agit ni d'un état spécial, ni du résultat d'une association morbide : le rhumatisme est provoqué par la goutte, entité morbide susceptible de réaliser toutes les lésions et tous les symptômes que l'on appelle rhumatisme, c'est-à-dire modalité réactionnelle d'étiologie diverse.

La goutte à symptomatologie rhumatismale va connaître des formes aiguës et subaiguës de goutte mono- ou polyarticulaire, atteignant les grosses articulations, cheville, genou, médiotarsienne, poignet ; localement, c'est l'aspect de l'arthrite et non de la goutte. D'où les erreurs de diagnostic, R.A.A., rhumatisme infectieux, inflammatoire, d'où aussi les erreurs thérapeutiques, salicylothérapie, sulfamides et antibiotiques, qui tous échouent.

Parfois encore, à la suite d'un discret épisode goutteux, lointain et oublié, le tableau rhumatismal se constitue. Mais même cet épisode peut manquer, et pendant de longues années, les seules manifestations de cette goutte atypique seront des accès au niveau des grosses articulations jusqu'au jour où enfin l'épisode localisé au niveau du gros orteil éclaire le diagnostic, actuel et rétrospectif. Dans un troisième groupe de faits, enfin, les grosses articulations continueront à être le siège de manifestations goutteuses qui jamais n'intéresseront le gros orteil. Le tableau rhumatismal est en outre émaillé de manifestations très polymorphes, tendino-synovite, lumbago, périarthrite. Enfin les évolutions chroniques de la goutte se rapprochent encore davantage de la goutte, associant des lésions communes à tous les rhumatismes chroniques, et les aspects vraiment spécifiques, vacuoles claires, images de hallebardes. En fait le tophus goutteux, qui serait décisif pour

le diagnostic, est loin d'être constant, et SERANE ne le trouve que dans un faible pourcentage de ses observations.

Le diagnostic n'a donc, pour se fonder :
ni la crise de l'orteil, qui manque souvent,
ni le tophus, exceptionnel,
ni les signes radiologiques, atypiques.

Reste l'uricémie élevée, sans insuffisance rénale, qui est un élément décisif du diagnostic, de même que les résultats positifs de l'épreuve thérapeutique par le colchique.

RAVAULT a décrit des cas de goutte à forme de polyarthrite chronique évolutive : douleurs, déformations, ankylose frappant avec symétrie les tarses, les chevilles, les genoux, les mains, les coudes, avec souvent tuméfaction des régions articulaires. Les crises aiguës sont sévères, et sont suivies d'une phase chronique déformante. Les lésions articulaires se propagent, en gros, selon une direction ascendante. Il n'est pas jusqu'aux aspects radiologiques qui n'évoquent la polyarthrite chronique évolutive. S'il existe des tophi, le diagnostic se rectifie ; mais la lésion manque le plus souvent, et le diagnostic de goutte doit se baser sur les constatations suivantes :

- parfois, accès goutteux aigus typiques au niveau du gros orteil, mais souvent les grosses articulations sont d'emblée touchées ;
- les sièges initiaux sont le tarse, la cheville, les genoux, alors que les lésions des mains et des poignets manquent, ou demeurent plus discrètes que dans la P.C.E.

S'il y a des ostéophytes, c'est au niveau du

pied, et l'on sait la prédilection de la goutte pour le membre et l'extrémité inférieurs :

- l'hyperuricémie, qui manque dans la P.C.E.
- le terrain parfois oriente le diagnostic : sexe masculin, hommes pléthoriques, florides, voire éthyliques.

Il semble enfin que dans certains cas, l'association arthrose-goutte est réelle ; RUBENS-DUVAL cite des cas d'hommes obèses, de 50 ans environ, brévilignes et vigoureux, chez qui on trouve une polyarthrose symétrique des genoux et du rachis : l'uricémie est très élevée, les 17-cétostéroïdes urinaires sont abaissés. Mais pour SERANE ces arthroses sont d'origine goutteuse, et nullement à séparer de la goutte.

Dans les arthroses localisées, et affectant d'autres articulations que celles du pied, peut-on faire intervenir la goutte dans leur étiologie ? SERANE pense pouvoir répondre par l'affirmative. On trouve alors, et dans les deux sexes, une hyperuricémie sans insuffisance rénale, des antécédents de goutte ou de lithiase urique chez les proches parents, un terrain de pléthore, d'obésité, et toujours une évolution chronique. Aussi n'a-t-on pas recours à la colchicine. On sait que "la goutte chronique n'est souvent qu'un diagnostic de probabilité, basé sur des éléments d'appréciation laissant une part au doute" (LOUYOT).

Mais sur le fond chronique, peuvent apparaître des épisodes subaigus, voire aigus et inflammatoires, commandant le traitement par la colchicine, immédiatement et pleinement active. Il faut admettre que la goutte joue un rôle dans certaines arthroses du genou frappant les deux sexes.

- IV -

SYNTHESE DES FORMES ATYPIQUES

-:-

Il faut d'abord parler des manifestations abarticulaires de la goutte ;

manifestations qui sont les unes spécifiques, les autres apparentées à la goutte.

Il existe une goutte des tendons, des aponeuroses, des muscles, des névralgies goutteuses, des gravelles uriques. Un malade de SERANE, un homme de 54 ans, présente depuis l'âge de 35 ans de nombreux épisodes de coliques néphrétiques. Il a expulsé d'abondants graviers uratiques, et il présente une hyperuricémie permanente à 62-66 mg. Par ailleurs, ce sujet souffre de "rhumatismes" et d'ailleurs appartient à une famille de "rhumatisants". Chez le malade on trouve de nombreux lumbagos aigus, des accès douloureux intéressant l'épaule, le genou, le pied. A ce niveau on trouve une douleur vive, une rougeur, un gonflement modéré, se localisant récemment sur le tendon d'Achille. Le malade a l'impression d'être à l'abri des coliques néphrétiques lorsqu'il souffre de rhumatismes. L'articulation métatarso-phalangienne a toujours été respectée ; pourtant, ces crises douloureuses sont très certainement goutteuses ; la pléthore, l'hyperuricémie, la gravelle urinaire alternant avec des arthralgies, l'hérédité, tout parle en faveur d'une goutte, maladie bipolai-

re, articulaire et rénale.

La goutte peut être articulaire, mais en affectant des régions inhabituelles, et surtout, en respectant la première articulation métatarso-phalangienne, considérée longtemps comme le siège obligé de la goutte, signe sine qua non du diagnostic.

Or il existe indéniablement des arthrites goutteuses de localisation atypique (bien qu'en fait une crise de goutte articulaire ne soit jamais atypique, quelle qu'en soit la localisation). L'atteinte du gros orteil n'est souvent qu'un épiphénomène au cours d'une maladie polyarticulaire qui n'est jamais uniquement localisée au gros orteil.

Mais cette conception classique et périmée est tellement ancrée dans les esprits, qu'en l'absence d'une atteinte métatarso-phalangienne, bien des cliniciens refusent le diagnostic de goutte. En particulier en cas d'arthrose goutteuse des genoux. MUGLER cite le cas d'un malade de 57 ans chez qui une douleur vive et un gonflement au niveau du genou font porter le diagnostic de luxation du ménisque avec immobilisation plâtrée pendant huit jours, et blocage fonctionnel. Pourtant dans les anamnétiques on trouve des crises d'arthrite des chevilles et genoux, réagissant bien à la colchicine, à l'hydrocortisone intra-articulaire. L'immobilisation plâtrée n'a fait que prolonger une évolution qui ne demandait qu'à rétrocéder avec une thérapeutique spécifiquement antigoutteuse.

Les formes polyarticulaires de la goutte peuvent donner lieu à une élévation thermique, à une accélération de la sédimentation globulaire. Ces signes risquent de faire méconnaître le diagnostic de goutte. Nous

avons cité plus haut un cas de MUGLER diagnostiqué tuberculose du pied et traité par l'immobilisation plâtrée.

Une autre cause d'erreur diagnostique enfin a été le début traumatique des accidents. Une articulation traumatisée peut fort bien être ensuite le siège d'une localisation goutteuse, précoce mais surtout relativement retardée, avec quelques jours de latence entre le traumatisme et l'apparition de l'arthrite.

Un homme de 55 ans subit un traumatisme des genoux lors d'un accident d'auto avec hémarthrose traitée par l'immobilisation plâtrée pendant dix jours. Deux ans plus tard, nouvelle contusion aux genoux, suivie d'une douleur violente avec hydarthrose à droite. La ponction ramène un liquide clair et stérile. Le genou n'en est pas moins plâtré, avec récupération fonctionnelle lente et difficile. Vu tardivement, ce malade est un grand uricémique à 102 mg, à 44 ans il a bien eu une attaque de goutte traumatique, suivie de plusieurs accès similaires. Actuellement le colchicoside et l'hydrocortisone en injections locales assurent la guérison en 24 heures. Il s'agissait donc bien d'une arthrite goutteuse traumatique typique, avec intervalle libre, et immobilisation plâtrée bien inutile.

Cette notion de localisation goutteuse au niveau d'une articulation traumatisée, cela parfois avec un intervalle libre plus ou moins prolongé, doit être connue ; elle s'explique par le passage d'un hyperuricémisme latent à la goutte maladie, par le moyen d'une arthrite aiguë. Des crises de goutte ont pu se fixer au niveau d'anciennes fractures consolidées depuis des années, peut-être par persistance de troubles végétatifs

dans la zone traumatisée. Si de tels faits peuvent faire hésiter le diagnostic, ici encore la détermination de l'uricémie va apporter une indication habituellement décisive.

Dernière notion enfin, la possibilité qu'a la maladie goutteuse d'évoluer chez la femme. La goutte n'est pas exceptionnelle après la ménopause, mais il est rare qu'elle affecte la localisation métatarso-phalangienne typique ; plus souvent elle évoluera sous la forme d'un rhumatisme goutteux au niveau d'une articulation du membre inférieur, rarement du membre supérieur.

"La goutte peut réaliser tous les symptômes et toutes les lésions du rhumatisme chronique, sans se manifester par des lésions spécifiques" (M. Pierre WEIL). Localement on se trouve devant une arthrose banale, et l'accès aigu qui l'avait précédée prenait la forme de n'importe quel rhumatisme inflammatoire. La goutte est cependant bien la cause de l'arthrite, le terrain, les antécédents, le syndrome biologique, le prouvent.

CONCLUSIONS

-:-

I - Maladie extrêmement répandue, donc souvent observée, bien étudiée, bien connue, la goutte vit encore trop souvent sur des concepts classiques plus ou moins périmés, qui sont responsables de certaines erreurs de diagnostic.

II - Entre goutte rhumatismale, arthrite non goutteuse, et polyarthrite chronique évolutive, on a tenté de tracer des barrières très hermétiques. Mais si la clinique montre qu'en effet les manifestations articulaires de la goutte peuvent prendre des aspects typiquement "rhumatismaux", le terrain biochimique de la goutte reste dominé par le trouble du métabolisme de l'acide urique, par une hyperuricémie que l'on ne retrouve pas dans les autres atteintes articulaires. Par contre, des signes inflammatoires aigus, fièvre, accélération de la sédimentation, peuvent accompagner une poussée goutteuse authentique.

III - Un autre élément complique encore le diagnostic de goutte articulaire : la possibilité de voir celle-ci se localiser au niveau d'une articulation traumatisée,

comme le ferait une arthrite. Mais inversement, une arthrite peut fort bien être favorisée, dans son développement et sa localisation, par un terrain goutteux.

IV - La distinction de la maladie goutteuse est impérieuse pour l'orientation du diagnostic : la recherche de l'uricémie, l'épreuve thérapeutique avec les médicaments spécifiques colchicine en particulier, doivent pouvoir certifier la nature goutteuse des arthropathies devant lesquelles on se trouve ; on pourra ainsi appliquer le traitement approprié, si rapidement efficace, et éviter la perte de temps et les risques de mesures thérapeutiques inadéquates, en particulier l'immobilisation plâtrée, trop souvent appliquée à tort.

-:-

Vu :

Vu :

Le Président :

Le Doyen :

signé : L. de GENNES

signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

E. COODLEY

Atypical manifestations of gout
California Med. LXXXVIII pages 375-379
mai 1958.

M. DEBRAY, J. LEGENDRE

L'épreuve thérapeutique dans le diagnostic des gouttes camouflées.
Journées Thérapeutiques de Paris -
oct. 1960

A.B. GUTMAN

Primary and secondary gout
Ann. Int. Med. XXXIX pages 1062-1076
nov. 1953

L. ISEMEIN, A.M. FOURNIER, M. LEGRE

Goutte et polyarthrite chronique évolutive.
Ligue Franç. contre le Rhumatisme
mai 1959

W. KURZELL, R.W. SCHAFFARZICK

Simultanéité de la goutte et d'autres maladies chez 520 goutteux.
IIIe Congrès Int. Malad. Rhumat. Aix les Bains, juill. 1956

E. LAYANI, J. SERANE, J. FRANCON

Les manifestations abarticulaires de la goutte.
IIIe Conf. Int. Mal. Rhum. Aix les Bains
juillet 1956.

P. LOUYOT, GINSBOURGER, VAUTHIER

La goutte subaiguë et chronique selon les données modernes.

Revue du Rhum. n°9, page 698, sept. 1952.

L. MAXWELL LOCKIE, J.H. TALBOTT

Arthritis in the aged

Journ. Am. Med. Assoc. CLXII

pages 1514-1517 - 22 déc.1956

P. MERIEL, L. BOUNHOURE, R. RUFFIER,

P. GARRIC, PUTOIS

Gouttes atypiques

Soc. Méd. Chir. Toulouse 25 fév. 1957

A. MUGLER

Les plâtres abusifs ou les formes trompeuses de la goutte.

Presse Méd. LXVIII pages 877-878

7 mai 1960

P.P. RAVAUULT, G. VIGNON, R. DETRY

La goutte à forme de polyarthrite chronique évolutive.

Revue du Rhum. n°9 page 729, sept.1952

W.D. ROBINSON

Nutrition and joint disease

Journ. Am. Med. Assoc. CLXVI pages

253-257 - 18 janv. 1958

A. RUBENS DUVAL

En marge de la goutte articulaire chronique, maladie arthrosique et goutte.

Revue du Rhum. n°9, page 713 -

sept. 1952

J. SERANE

Trois aspects cliniques fréquents de la goutte.

Presse Méd. LX page 354, 15 mars 1952.

J. SERANE

Sur la goutte à symptomatologie rhumatismale.

Presse Méd. LXI pages 504-505

4 avril 1953

J.H. TALBOTT

Gout and gouty arthritis

8° New York 1953 92 pp.

M.P. WEIL, J. SERANE

Nouvelles observations de rhumatisme goutteux.

Revue du Rhumatisme n°9, page 741
sept. 1952.

TABLE DES MATIERES

--:-

	Pages
I - Introduction.....	17
II - Eléments du diagnostic.....	25
III - Goutte à symptomatologie rhumatismale.....	29
IV - Synthèse des formes atypiques.....	36
V - Conclusions.....	40
Bibliographie.....	42

--:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole
de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure
d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine.
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

